



DIREZIONE SOCIO SANITARIA
STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

OGGETTO: Avviso Pubblico per l'iscrizione alle graduatorie aziendali di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nei servizi di: ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE e MEDICINA DEI SERRVIZI, valevoli per l'anno 2022, ai sensi dell'art. 15, A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i MMG del 29/07/2009, così come integrato e modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020.

IL RESPONSABILE

Visti:

- il vigente Atto Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 239/2018 ad oggetto "*Rimodulazione dell'Atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'art. 3 c.1 bis del D. Lgs. 502/1992 e smi adottato con Deliberazione n. 514/2017*";
- la deliberazione del Direttore Generale n. 353/2018 ad oggetto "*Presa d'atto della DGR 547/2018 ad oggetto Atto di autonomia aziendale di ASL3. Provvedimenti conseguenti. Procedure attuative*" con cui si dà atto della "graduata attuazione dell'assetto organizzativo complessivo dell'Atto aziendale al formalizzarsi dei relativi provvedimenti attuativi di cessazione e conferimento dei nuovi incarichi al fine di non compromettere le ordinarie dinamiche funzionali aziendali";
- la deliberazione del Direttore Generale n. 535/2018 ad oggetto "*Modifiche ex art. 78 dell'Atto Aziendale di diritto privato adottato ai sensi dell'art. 3 c1 bis del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. con Deliberazione n. 239/2018*" con cui è stato modificato l'art. 36 del vigente Atto Aziendale, il quale dispone che la S.S.D. Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali è in Staff della Direzione Socio Sanitaria e, tra le altre, assume anche competenza in materia di: "*gestione dei contratti e organizzazione della rete dei MMG, PLS, CA, SUMAI e residuali Medici della medicina dei Servizi compresi gli aspetti giuridico economici; attivazione di specifiche progettualità per i vari convenzionati e relativo monitoraggio e controllo pre-pagamento. Per MMG e PLS, organizzazione delle forme associative; partecipazione alle sedute dei Comitati Regionali ed Aziendali dei MMG, PLS e SUMAI; assicurazione del piano formativo annuale aziendale per la continuità assistenziale e assistenza primaria e attivazione della Commissione disciplinare dei medici convenzionati*";
- l'art. 74 del vigente Atto Aziendale, che dispone che "*I Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa e delle Strutture Semplici Dipartimentali sono gli unici firmatari delle Determinazioni Dirigenziali, salva l'eccezione del visto per la regolarità contabile da parte del Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità laddove sia prevista un'autorizzazione di spesa*";
- la deliberazione del Direttore Generale n. 625 del 14/12/2018 con cui si conferisce alla Dr.ssa Maria Elena Zambernardi, Dirigente Medico a tempo indeterminato, l'incarico triennale - con facoltà di rinnovo - di Responsabile della S.S.D. Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali, afferente allo Staff della Direzione Socio Sanitaria, con decorrenza dal 14/12/2018, fatte salve eventuali modifiche organizzative aziendali

Premesso che in attesa dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato stabilite dall'A.C.N. del 21/06/2018 e s.m.i., si rende necessario ricoprire le zone carenti di Assistenza Primaria e le ore vacanti di Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi tramite conferimento di incarichi a tempo determinato, provvisori o di sostituzione come previsto dalla normativa vigente;

Dato atto che, l'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29/07/2009, così come integrato e modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020, regola le modalità ed i criteri per la formazione della graduatoria regionale e di graduatorie

aziendali di medici di medicina generale disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni per i settori di attività di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi;

Dato altresì atto che il presente provvedimento non comporta di per sé alcun onere aggiuntivo per l'Azienda in quanto gli oneri economici in argomento saranno impegnati all'atto del conferimento dei singoli incarichi;

Visto:

- l'art. 15 dell'A.C.N. 29/07/2009 così come integrato e modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020.
- l'art. 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 (Decreto Semplificazione).
- l'art. 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria);

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 18/06/2020;

DETERMINA

di prendere atto di quanto enunciato in premessa e per gli effetti:

1. di approvare un avviso pubblico, come risulta dagli allegati (avviso pubblico, allegato A e allegato B), che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente determinazione, per il conferimento di incarichi a tempo determinato, provvisori o di sostituzione come previsto dalla normativa vigente, in qualità di medici di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi, per le attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, secondo le necessità dell'Azienda;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun onere aggiuntivo per l'Azienda in quanto gli oneri economici in argomento saranno impegnati all'atto dei conferimenti dei singoli incarichi;
3. di dare atto che l'originale della presente determinazione, firmato digitalmente, costituito da un documento generato con mezzi informatici, è redatto in conformità alle disposizioni del Codice dell'Amministrazione digitale ed è conservato negli archivi informatici della A.S.L. n.3;
4. di dare atto che la presente determinazione è composta di n. 2 pagine e di tre allegati di seguito elencati, per un totale di 7 pagine:
 - Avviso Pubblico di n. 2 pagina;
 - Allegato A (domanda di iscrizione) di n. 2 pagine;
 - Allegato B (informativa privacy) di n. 1 pagina.
 - Modello E (dichiarazione attestazione pagamento imposta di bollo) di n. 1 pagina.

IL RESPONSABILE
S.S.D. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI
(Dr.ssa Maria Elena ZAMBERNARDI)

Visto per la regolarità contabile
IL DIRETTORE
S.C. BILANCIO e CONTABILITA'
(Dr. Stefano GREGO)

MEZ/LR

Responsabile del procedimento: RANDI Laura



Sistema Sanitario Regione Liguria

SCADE il 19/11/2021

**AVVISO PUBBLICO PER L' ISCRIZIONE ALLE GRADUATORIE AZIENDALI DI
DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI
SOSTITUZIONE NEI SERVIZI DI: ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E MEDICINA DEI SERVIZI
VALEVOLI PER L'ANNO 2022,**

ai sensi dell'art. 15, ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG del 29/07/2009, così come integrato e modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020.

E' indetto presso questa Azienda ASL 3, pubblico avviso per la formazione di apposite graduatorie dei medici da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzioni nei servizi di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi, ai sensi dell'art. 15 commi 4,7 e 8 dell'ACN 29/07/2009, così come integrato e modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020.

Nella citata graduatoria verranno inseriti:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

sub a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio che non hanno espresso la propria disponibilità ai sensi dell'art 15 comma 3 ultimo capoverso e pertanto non risultano negli elenchi a)

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Liguria;

sub c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in altre regioni, diverse dalla Regione Liguria, limitatamente ai soli incarichi di sostituzione;

ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Possono partecipare all'avviso pubblicato dall'Azienda:

1) i medici che, ancorché iscritti nella graduatoria regionale, non risultano inseriti negli elenchi a) di settore forniti dalla Regione Liguria in quanto non hanno espresso la propria disponibilità ai sensi dell'art. 15 comma 3 ultimo capoverso. Tali medici verranno inseriti in apposito elenco, in appendice all'elenco a) di settore fornito dalla Regione Liguria, graduati secondo l'ordine di punteggio nella graduatoria regionale;

2) i medici di cui alle lettere da b) a e). Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

ISCRIZIONE NELLA GRADUATORIA E VALUTAZIONE DELLE DOMANDE:

Dal 20/10/2021 al 19/11/2021 le domande di partecipazione al presente avviso, dovranno esclusivamente essere inviate all'indirizzo PEC (posta elettronica certificata):
protocollo@pec.asl3.liguria.it

Si precisa che la validità di tale invio, così come previsto dalla normativa vigente, è subordinata a sua volta all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà inoltre ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale.

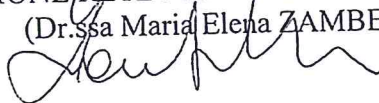
Sia la domanda, che dovrà essere conforme allo schema allegato al presente avviso, **che l' allegato L** dell'A.C.N. vigente, **sono scaricabili sul sito www.asl3.liguria.it**.

La mancata presentazione dei moduli entro il termine previsto e l'errata o non completa compilazione degli stessi, determineranno il mancato inserimento nella graduatoria aziendale.

Si precisa che alla succitata documentazione **è obbligatorio allegare copia del documento di identità** in corso di validità dell'aspirante interessato, pena l'esclusione dalla graduatoria aziendale.

L'ASL declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione del cambio indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Azienda.

IL RESPONSABILE
S.S.D. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI
(Dr.ssa Maria Elena ZAMBERNARDI)



Marca da bollo (€ 16,00)

ALLEGATO A

ASL 3

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEI SERVIZI DI
ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA
TERRITORIALE E MEDICINA DEI SERVIZI VALEVOLI PER L'ANNO 2022,**

ai sensi dell'art. 15, ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG del 29/07/2009, così come integrato e
modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020.

Il sottoscritto Dott. _____ M F

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale Comune di residenza _____

Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____

n. Tel./Cell _____ e-mail _____

PEC (obbligatoria) _____

CHIEDE

- di essere iscritto/a, ai sensi dell'art. 15, ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG del 29/07/2009, così come integrato e modificato dall'art. 2 ACN 21/06/2018 e dall'art. 1 ACN 18/06/2020, alle graduatorie aziendali di disponibilità di codesta ASL, valevoli per il periodo dal 01/01/2022 al 31/12/2022, per il conferimento di incarichi a tempo determinato, provvisori e di sostituzione nell'attività del/dei settore/i di: (barrare le attività per cui si chiede l'inserimento nelle relative graduatorie).

Assistenza Primaria

Continuità Assistenziale

Emergenza Sanitaria Territoriale
(solo se in possesso del corso 118)

Medicina dei servizi territoriali

- che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza;

il seguente domicilio: _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

1) di essere residente / di non essere residente nel territorio della ASL _____ ;
in caso affermativo completare: a far data dal _____ ;

2) di essere / di non essere in possesso di patente di guida;

3) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso Università di _____ in data _____ con voto _____ e abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____ ;

- 4) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ al n. _____;
- 5) di essere / di non essere iscritto alla vigente graduatoria regionale della medicina generale valevole per l'anno 2021
in caso affermativo completare: collocato al _____ posto e con punti _____;
(TALE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA SOLO DAI MEDICI CHE PARTECIPANO AI SENSI DEL PUNTO 1 DELL'AVVISO)
- 6) di essere / di non essere iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale (D.lgs. 256/1991, D.lgs. 368/1999 e D.lgs. 277/2003), relativo al triennio _____/_____, istituito presso la Regione Liguria, con inizio della frequenza in data _____;
- 6 bis) di essere / di non essere iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale (D.lgs. 256/1991, D.lgs. 368/1999 e D.lgs. 277/2003), relativo al triennio _____/_____, istituito presso la Regione _____ con inizio della frequenza in data _____;
(COMPILARE SOLO SE TRATTASI DI CORSO SVOLTO IN REGIONI DIVERSE DALLA REGIONE LIGURIA);
- 7) di essere / di non essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____, presso l'Università di _____, con inizio della frequenza in data _____;
- 8) di essere / di non essere in possesso dell'Attestato di formazione in Medicina Generale;
- 9) di essere / di non essere in possesso dell'Attestato BLSL e PLSL in corso di validità **(in caso affermativo, si prega di allegare copia/e dell'attestato)**;
- 10) di essere / di non essere in possesso dell'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (corso 118);
- 11) di essere / di non essere incorso in procedimenti disciplinari ex art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale;
 (in caso affermativo indicare l'Azienda che ha comminato la sanzione e il n. di provvedimento)
- 12) **dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di cui all'allegato B.**

Il sottoscritto allega copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità. (1)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (ex art.76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono inviate unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore



Sistema Sanitario Regione Liguria

ALLEGATO B – INFORMATIVA PRIVACY

In riferimento al Regolamento UE 2016/679 e relative norme di armonizzazione sulla privacy (D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. 101/2008), ASL 3 quale titolare del trattamento informa che i dati personali dei partecipanti al presente bando verranno trattati in modalità anche automatizzata da parte del personale di ASL3 espressamente autorizzato. La base giuridica del trattamento è rappresentata da adempimenti di legge (procedure selettive) rivolte all'acquisizione di personale convenzionato, con particolare riferimento alla formazione di graduatoria aziendale per la medicina convenzionata (EST, CA, MMG, MST). I dati personali potranno essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche per i controlli e verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, effettuate ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. I dati saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e saranno comunque conservati tenendo conto di specifici termini di conservazione stabiliti per legge, o conformemente ai criteri di conservazione stabiliti nel protocollo di scarto della documentazione sanitaria e amministrativa di cui alla deliberazione di questa azienda n. 405 del 29/06/2016 e sue successive modifiche (pubblicate sul sito internet aziendale www.asl3.liguria.it/siti/tematici/Politiche_della_Privacy) o ancora sulla base del principio della necessità del trattamento in relazione alle finalità istituzionali perseguite dalla A.S.L.3. In qualsiasi momento potranno essere esercitati i diritti stabiliti dal Regolamento Europeo n. 679/2016 agli artt. da 15 a 22, che riconoscono, tra gli altri, il diritto al soggetto interessato di poter accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica ovvero l'integrazione, la cancellazione ("diritto all'oblio"), salvo i casi previsti all'art. 17 comma 3 del Regolamento UE 679/2016. Inoltre il soggetto interessato ha diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali) secondo le modalità previste sul sito internet dello stesso www.garanteprivacy.it, nei casi previsti dalle disposizioni in materia di protezione dei dati di cui al Regolamento UE 2016/679 e successive disposizioni di armonizzazione.

Il Titolare del trattamento per ASL3 è l'Azienda Socio Sanitaria Ligure 3 con sede in Via Bertani 4
16125 Genova (indirizzo PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it)

Responsabile Della protezione dei Dati (R.P.D.) di ASL 3 è contattabile ai seguenti indirizzi di posta: Via Bertani 4 - 16125 Genova ed alla PEC aziendale protocollo@pec.asl3.liguria.it.

Modello E

DICHIARAZIONE PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Spett.le
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
Direzione Sociosanitaria
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
Via Bertani, 4
16125 GENOVA GE

Da allegare alla domanda di iscrizione inviata tramite PEC

Il sottoscritto Dott. _____
codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
nato a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
via _____ n. civ. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

DICHIARA

1. che la marca da bollo numero identificativo _____ figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambito territoriali carenti di Assistenza primaria – anno 2022 - ai sensi dell'art. 34 c. 17 ACN MMG 21/06/2018 e ss.mm.ii, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
2. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca n. _____ in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato L

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e per
ai sensi e per gli effetti dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 comma 5 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: (2)

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso : _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni:(2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (2) :

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2) :

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____
tipo di attività : _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____
Pensionato dal _____

NOTE : _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(3)

(1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.